

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

né le 4 juillet 1901 à Dakar Sénégal.
Pierre DELEAU
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS DE LA GLANDE
LACRYMALE

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre DELEAU

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS DE LA GLANDE
LACRYMALE

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS.

15, RUE RACINE, 15

1927



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.
	BRANCA.

II.—AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE . . Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
BINET Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BRULÉ Pathologie médicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
CHAMPY Histologie.
CHIRAY Pathologie médicale.
CLERC Pathologie médicale.
DEBRÉ Hygiène.
I. de JONG . . Anatomie pathologique.
DUVOIR Médecine légale.
ÉCALLE Obstétrique.
FIESSINGER . Pathologie médicale.
FOIX Pathologie médicale.
GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
HARVIER . . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
JOYEUX Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . . Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE . Pathologie mentale.
LIAN Pathologie médicale.
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
METZGER . . . Obstétrique.
MONDOL . . . Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
MULON Histologie.
PHILIBERT . . Bactériologie.
RICHET Fils. . Physiologie.
VAUDESCAL. Obstétrique.
VERNE Histologie.
VELTER Ophtalmologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
GOUGEROT . . Pathologie médicale.
GUÉNIOT . . . Obstétrique.
LE LORIER . . Obstétrique.
MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.

MM.

RETTERRER . . Histologie.
RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
TANON Pathologie médicale.
VILLARET . . Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . . Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LœPER. Clinique médicale.
PROUST. Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique, chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT.	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance
impérissable pour tous les sacrifices
qu'elle a faits pour moi.*

A MA SOEUR

A MA FEMME

A MA BELLE-SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Professeur GILBERT

M. le Docteur POTHÉRAT

M. le Docteur de MASSARY

M. le Docteur CLERC

M. le Docteur WIARD

M. le Docteur VEAU

M. le Docteur LÉVY-SOLAL

Externat

M. le Docteur PISSAVY, Médecin de l'Hôpital Cochin.

M. le Docteur SÉZARY, Médecin de l'Hôpital Broca.

M. le Docteur AUCLAIR, Médecin de l'Hôpital temporaire, Bastion 29.

M. le Docteur HUDELO, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Au Docteur RABUT, Assistant du Docteur Hudelo à l'Hôpital Saint-Louis.

Au Docteur AVEZOU, Assistant à l'Hôpital Cochin.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR JEANSELME

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Professeur de Clinique des maladies de la Peau
et de Syphiligraphie

AVANT-PROPOS

C'est dans le service de M. le Dr Hudelo, qu'il nous a été donné de voir un cas de syphilis des glandes lacrymales et c'est à son assistant M. le Dr Rabut que nous sommes redevable de l'idée de notre thèse.

Nous sommes heureux de trouver ici l'occasion de les remercier vivement de l'enseignement clinique dont nous avons profité dans leur service et du bienveillant accueil qu'ils nous ont toujours réservé.

Nous sommes profondément reconnaissant au Dr Rabut qui nous a si aimablement guidé de ses conseils dans la rédaction de notre travail.

Nous remercions également le Dr d'Allaines de son obligeance et de son aide.

Nous prions M. le Professeur Jeanselme de trouver ici tous nos remerciements pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la
SYPHILIS DE LA GLANDE LACRYMALE

INTRODUCTION

Parmi les localisations les plus rares de la syphilis, celle des glandes lacrymales est encore une de celles que l'on rencontre le moins souvent en clinique.

On peut s'en étonner, puisque l'on connaît bien, à l'heure actuelle, la prédilection de la spécificité pour les organes de la vision. L'on sait, d'autre part, que les lésions de l'appareil lacrymal ne sont pas très rares.

A l'occasion d'un cas de dacryoadénite syphilitique authentique que nous avons eu la chance d'observer dans le service de notre maître, le Dr Hudelo, le Dr Rabut nous a suggéré l'idée d'entreprendre un travail d'ensemble et une mise au point de cette question.

Bien vite nous avons pu nous rendre compte combien ce chapitre était peu connu et avait été peu étudié.

Nous présentons aujourd'hui le résultat de nos recherches et nous nous proposons d'apporter ici notre modeste contribution à l'étude historique, clinique et anatomo-pathologique de la syphilis des glandes lacry-

males, qui n'a fait jusqu'à présent, l'objet que de rares mentions bibliographiques éparses de divers côtés dans la littérature mondiale.

Nous envisagerons dans des chapitres différents les manifestations primaires, secondaires et tertiaires de la Syphilis au niveau de la glande lacrymale, mais nous aurons surtout en vue la dacryoadénite secondaire et tertiaire, car la majorité des observations publiées jusqu'à ce jour se rapportent à ces deux périodes de la spécificité.

Nous essaierons d'en esquisser une étude clinique et diagnostique aussi complète que possible, en nous rapportant pour cela aux observations publiées jusqu'à ce jour.

Dans un dernier chapitre nous résumerons les notions anatomo-pathologiques acquises jusqu'à ce jour sur cette lésion.

Tel est dans son ensemble le plan du travail que nous présentons aujourd'hui sur cette manifestation exceptionnelle de la syphilis.

HISTORIQUE

Il y a à peine un siècle, la localisation de la syphilis aux glandes lacrymales était totalement inconnue puisque nous voyons Förster dans la première édition du *Traité* de Graefe et Saemisch, vers le milieu du siècle dernier, affirmer que les glandes lacrymales seraient le seul organe de l'œil ne pouvant être atteint par la Syphilis.

Le premier cas que nous relevons fut, en effet, publié, en Allemagne, en 1859, par Châlons.

Nous trouvons en 1875, une observation française très intéressante et très détaillée de Sichel, rapportée par Variot dans sa thèse.

C'est ensuite en 1882, en Angleterre que Streatfield publie un nouveau fait de ce genre observé par lui-même. A cette occasion il se livre à une enquête bibliographique et est obligé de reconnaître qu'aucun des auteurs britanniques de l'époque n'en fait mention. Il ne trouve à citer que le cas de son prédécesseur allemand.

Deux ans plus tard, en 1884, c'est encore un Allemand, Adler, qui publie un cas d'inflammation syphilitique de la glande lacrymale.

Il nous faut arriver en 1887 pour trouver le premier cas, où, à la suite d'une erreur de diagnostic, un examen histologique fut pratiqué. C'est en effet, à un

auteur italien, Albini, que nous devons la relation d'un cas de dacryoadénite syphilitique prouvé par l'anatomie pathologique.

Aussi en 1888, Alexander, un Allemand, dans un chapitre de son livre intitulé *Syphilis und Auge* peut-il, en s'appuyant sur un fait qui lui est propre et sur ceux antérieurs, affirmer que tant au point de vue clinique qu'histologique, l'origine syphilitique des lésions de la glande lacrymale est évidente.

Jusque là toutes ces observations, celle de Sichel mise à part, se rapportent à des cas de dacryo-adénites survenues chez des syphilitiques en pleine éruption de lésions secondaires ou secondaires-tertiaires avérées.

En 1901, nous relevons le seul cas de syphilis primaire de la glande lacrymale, qui ait été publié jusqu'à ce jour. Il est dû à Anargyros. C'est une observation que nous croyons unique.

En 1902, c'est en France, que trois cas sont relatés, dans la même année, fait extraordinaire pour une affection si rare que celle dont nous nous occupons. Deux sont dus à M. de Lapersonne et le troisième à Aubineau (de Nantes).

Durant la période qui s'étend de 1901 à 1914 nous ne trouvons nulle part mention de nouvelles publications. C'est dans l'encyclopédie américaine d'ophtalmologie de cette année-là que nous trouvons rapportés trois nouveaux cas. Un est dû à Anagarsa et concerne une localisation du type tertiaire reconnue par l'examen histologique. Guilini en publie deux cas qui lui sont personnels.

En 1922, nous devons à Cowper, la relation d'un nouveau fait de ce genre.

Enfin le cas qui fut le point de départ de l'idée de notre thèse clôt la série actuelle des observations vraiment authentiques de dacryoadénite syphilitique.

Nous avons recherché, d'autre part, dans les divers traités de Syphiligraphie de la période contemporaine tout ce qui pouvait avoir trait à notre sujet.

Le précis de syphiligraphie de Gaucher est le seul qui sous la plume de Terrien, accorde quelques lignes à cette localisation de la syphilis.

D'ailleurs, ce dernier auteur en 1905 dans son ouvrage consacré à la « Syphilis de l'œil et de ses annexes » étudie un peu plus longuement la question.

Parmi les ouvrages d'ophtalmologie qui ont consacré une mention à cette affection, nous citerons le *Traité* de Panas, qui, en 1894, ne fait que citer la Syphilis parmi les causes de la dacryoadénite chronique et énumérer les quelques références bibliographiques antérieures à cette époque que nous connaissons déjà.

Un auteur anglais, Wood, a publié en 1903 un article sur la « pathologie de la glande lacrymale dans la Syphilis héréditaire » où il décrit les lésions anatomo-pathologiques qu'il a trouvées en examinant dix glandes lacrymales d'enfants hérédo-spécifiques.

Nous avons, enfin, trouvé dans l'*Encyclopédie Française d'Ophtalmologie*, en 1909, un chapitre consacré à la dacryoadénite chronique d'origine syphilitique.

Cette revue historique nous fournit donc la preuve que la connaissance de la Syphilis des glandes lacry-

males est une acquisition relativement récente qui ne repose encore à l'heure actuelle que sur une quinzaine d'observations cliniques échelonnées depuis 1859 jusqu'à nos jours.

CHAPITRE PREMIER

SYPHILIS PRIMAIRE DE LA GLANDE LACRYMALE

Si l'on songe à la situation anatomique des glandes lacrymales, on comprendra, sans peine, combien doit être exceptionnelle leur contamination directe par le tréponème.

Aussi l'existence du chancre de la glande lacrymale pourrait-elle être niée, si, à l'heure actuelle, il n'existait une observation très intéressante due à Anargyros, dont nous allons donner le résumé.

Le malade, que cet auteur eut l'occasion d'observer, présentait depuis près d'un mois une tuméfaction indolente de la glande lacrymale, localisée à sa portion palpébrale. La conjonctive au niveau du cul-de-sac correspondant à cette portion de la glande était hypertrophiée et présentait de petites nodosités jaunâtres, confluentes. La palpation de la glande dénotait une induration du volume d'une petite noisette, et ne provoquait aucune douleur.

Le ganglion pré-auriculaire du même côté était dur, indolent, mobile.

On pensa à une tuberculose de la partie inférieure de la glande lacrymale et on en pratiqua l'extirpation. La

pièce fut examinée : on ne trouva pas trace de cellules géantes ni de bacilles de Koch, mais une infiltration périvasculaire et endovasculaire diffuse qui fit penser à la syphilis.

Quatre semaines après l'opération le malade présenta un exanthème papulo-maculeux avec adénopathie généralisée indolente. Puis, un peu après, apparut une périostite. Le traitement par les frictions mercurielles obtint un plein succès et amena la guérison rapide de tous ces accidents.

Chancre de la portion palpébrale de la glande, accompagné de son adénopathie caractéristique, bientôt suivi, dans les délais normaux, de l'apparition d'une roséole, d'une polyadénopathie secondaire et d'une périostite, tel était donc le diagnostic rétrospectif que l'on était en droit de porter en présence d'une pareille évolution, en présence de la preuve histologique et du succès de la thérapeutique antispécifique employée.

L'auteur pense donc à une localisation syphilitique primaire au niveau de la glande et il émet pour l'expliquer deux hypothèses : ou bien l'infection avait atteint la conjonctive très faiblement et s'était développée dans la glande, ou bien la conjonctive avait livré passage au tréponème sans avoir été atteinte elle-même.

A cette unique observation se borne notre documentation sur ce chapitre. Toutes les recherches auxquelles nous nous sommes livrés sont demeurées vaines. Dans aucune statistique consacrée aux chancres extra-génitaux nous n'avons trouvé de mention de cette localisation possible.

Cette observation nous a paru une curiosité intéressante à rapporter dans notre travail. Elle nous a paru assez démonstrative pour attirer l'attention sur cette localisation exceptionnelle possible de la syphilis primaire.

CHAPITRE II

SYPHILIS SECONDAIRE DE LA GLANDE LACRYMALE

Comme nous pouvons nous en rendre compte, en lisant les observations recueillies jusqu'à ce jour, la dacryoadénite syphilitique, qu'elle apparaisse comme manifestation de la période secondaire ou qu'elle revête le type tertiaire, se présente en clinique sous un aspect à peu près uniforme à la période de début et à la période d'état. Seule l'évolution diffère.

Aussi pour éviter des redites inutiles, donnerons-nous une description d'ensemble de la dacryoadénite spécifique en général, puis nous signalerons les particularités propres à chaque variété et permettant de porter un diagnostic d'inflammation secondaire ou tertiaire de la glande.

SYMPTOMATOLOGIE.

La période de début est le plus souvent longue et insidieuse, de quelques jours à quelques semaines. C'est ainsi que le petit malade qui fait l'objet de l'observation des D^{rs} Hudelo, d'Allaines et Rabut avait vu le gonflement apparaître quinze jours avant son entrée

à l'hôpital. Sichel et Aubineau signalent : le premier un début remontant à trois semaines, le second à trois mois.

Nous pouvons dire qu'il est de règle que le début se fasse lentement, insidieusement, sans douleur, sans gêne fonctionnelle notable, sans aucun trouble oculaire ou conjonctival.

Dans une seule observation, due à M. de Lapersonne, nous relevons la brusquerie de début jointe à de violentes douleurs. Cette apparition si subite est vraiment exceptionnelle.

La preuve réside dans ce fait que les malades ont souvent de la peine à préciser le moment où ils ont commencé à s'apercevoir de leur affection.

Quelque fois, une poussée subaigüe comme chez la malade de Sichel les force à venir consulter.

Cette lenteur d'apparition et cette indolence nous expliquent pourquoi le malade se présente à nous à la période d'état lorsque l'hypertrophie de la glande lacrymale a amené une déformation de leur région palpébrale assez considérable pour commencer à leur donner quelque inquiétude.

L'examen objectif révèle alors les signes suivants :

Au niveau de la partie externe d'une (plus rarement des deux) région palpébrale supérieure, il existe une tuméfaction. Cette saillie anormale de la moitié de la paupière supérieure peut être de volume variable (en général du volume d'une prune). Elle siège au-dessous du rebord orbitaire exactement à l'emplacement de la fosse lacrymale. Elle repousse un peu en haut la queue du

sourcil et efface dans sa moitié ou ses trois quarts externes le pli de séparation de la paupière et du sourcil. Le bord libre de la paupière supérieure est abaissé dans sa moitié externe et semble décrire une ligne courbe en forme de S allongé. L'ouverture de la fente palpébrale est diminuée à des degrés divers, toujours dans sa moitié externe.

L'inspection nous permet de plus de remarquer que la peau a conservé sa teinte normale dans la majorité des cas ; plus rarement, elle présente une légère modification : elle peut être légèrement rosée ou rouge brunâtre tranchant fortement sur le reste de la peau du visage (Sichel).

Le mouvement de la paupière supérieure est légèrement limité dans sa partie externe.

Le sujet éprouve une sensation de pesanteur de la paupière supérieure mais pour ainsi dire pas de douleur spontanée. Il n'existe pas de ptosis, pas de trouble paralytique de la paupière. Seule la tuméfaction est l'unique cause de la gêne qu'éprouve le sujet à relever sa paupière supérieure comme il le fait en temps normal.

Il n'existe pas d'exophtalmie, ni de troubles oculaires, exceptés les cas où le globe oculaire est lui-même le siège de lésions syphilitiques.

Les mouvements de l'œil sont normaux et non limités

Nous ne relevons qu'un cas dans la littérature qui se soit accompagné de crises de larmoiement (Aubineau).

Dans tous les autres cas on ne note aucun trouble

fonctionnel de quelque ordre que ce soit, accusé par les malades.

Cet aspect si particulier aura déjà permis, dans la majorité des cas, de penser à l'hypertrophie de la glande lacrymale.

La palpation va compléter ces données et nous fournir les renseignements suivants :

Au toucher, toute la région donne la sensation d'un empâtement plus ou moins prononcé. Il y a peu ou pas d'œdème. Il n'y a pas de modification de la température locale.

A travers la peau de la paupière supérieure on sent une tumeur du volume d'une petite noisette ou d'une amande. Cette tumeur, située à l'angle supéro-externe de l'orbite, se laisse assez nettement circonscrire. Elle se prolonge dans la cavité orbitaire et s'avance en avant de 1 à 2 centimètres environ sous la paupière se terminant, en avant, par un bord mince. Si on essaie d'introduire le doigt entre la tumeur et le rebord orbitaire, cette manœuvre est possible en général. Cette tumeur est légèrement mobilisable dans le sens transversal et n'est aucunement adhérente aux parties voisines, ni à la peau, ni à l'os frontal.

La consistance en est variable, tantôt généralement dure, donnant la sensation d'un marron cru, tantôt un peu plus molle.

Cette tumeur occupe exactement la loge de la glande lacrymale : nous avons affaire, sans aucun doute, à la glande elle-même, hypertrophiée et indurée.

Si on soulève la paupière supérieure et qu'on inspecte

soigneusement la conjonctive palpébrale et oculaire on peut ne noter rien de particulier.

Dans quelques cas cependant, on a pu observer une injection et une rougeur plus ou moins vive du cul-de-sac conjonctival dans sa partie externe, (Sichel, Streatfield, Guilini).

En exerçant une légère pression sur la paupière en même temps qu'on la relève, on voit cette tumeur venir faire saillie dans le cul-de-sac supérieur et se placer au niveau de sa partie externe.

Toutes ces manœuvres sont parfaitement indolentes ou en tous cas la douleur provoquée est toujours insignifiante : ce caractère est capital et se retrouve signalé dans toutes les observations.

Cette dacryoadénite peut siéger d'un seul côté, comme nous le relevons dans dix observations, ou être bilatérale (4 observations). Dans ce cas, un côté peut être un peu plus volumineux que l'autre.

Cette inflammation de la glande lacrymale peut accompagner d'autres manifestations cutanées, muqueuses ou viscérales de la syphilis (Châlons, Adler, Streatfield, Alexander, de Lapersonne).

Cette éventualité est particulière à la dacryoadénite secondaire où on peut la voir survenir à la période d'explosion de la syphilis secondaire, accompagnant une roséole, des plaques muqueuses, la poly-adénopathie, ou d'autres lésions oculaires telles que l'iritis, et l'irido-choroïdite.

Elle va alors avoir la même évolution que les autres

accidents secondaires. Elle va évoluer sans douleurs et aura une durée variable (4 mois ou 5 mois quelquefois). Elle disparaîtra sans laisser de traces et plus ou moins rapidement suivant l'intensité du traitement institué.

CHAPITRE III

SYPHILIS TERTIAIRE DE LA GLANDE LACRYMALE

L'inflammation de la glande lacrymale peut survenir comme seule manifestation d'une syphilis acquise (avérée Guillini) ou latente (Cowper-Guilini). Elle peut même apparaître comme seul symptôme d'une syphilis héréditaire (M. Hudelo).

Lorsque la dacryoadénite apparaît seule, on peut la considérer comme manifestation secundo-tertiaire : ou véritablement tertiaire c'est alors, à proprement parler, une gomme de la glande lacrymale (Anagarsa, M. Hudelo).

Elle peut s'accompagner d'une séro-réaction positive (Guilini) ou devenant positive après réactivation (M. Hudelo) ou négative (Anagarsa). Dans ces cas le diagnostic peut être très difficile, comme nous aurons l'occasion d'y revenir dans un autre chapitre.

La dacryoadénite tertiaire se présente au début et à la période d'état sous le même aspect que l'inflammation secondaire de la glande.

Nous en avons vu les symptômes dans le chapitre précédent. Nous n'insisterons donc ici que sur les caractères évolutifs qui séparent nettement la dacryoadénite tertiaire de la secondaire.

L'évolution peut se faire soit vers la résorption et la guérison totale, surtout avec un traitement institué à temps (Guilini-Cowper) soit vers la sclérose, soit vers la suppuration et la fistulisation.

Dans ce dernier cas, on voit les signes physiques se modifier, plus ou moins rapidement.

La tumeur lacrymale se ramollit tandis que la peau de la paupière rosit, puis rougit, allant jusqu'à prendre une teinte violacée. A la palpation on note deux signes capitaux : l'adhérence à la peau et la fluctuation qui devient de plus en plus fraiche. Finalement la peau devient de plus en plus mince et la glande qui a subi une véritable transformation gommeuse finit par s'ouvrir, laissant s'écouler un liquide puriforme, blanc louche, peu abondant. Cette fistule n'aura aucune tendance naturelle à se tarir et à se fermer.

Toute cette évolution se fera sans douleur. Nous retrouvons ici encore ce caractère capital : l'indolence.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre nous n'envisagerons pas le diagnostic de la dacryoadénite survenant avec d'autres manifestations syphilitiques telles qu'une roséole, une iritis. Dans ce cas le diagnostic ne supporte pas de discussion et la lésion est tout de suite rapportée à sa cause.

Autrement délicats sont les cas où l'on voit survenir une dacryoadénite chronique dont l'étiologie n'est pas évidente, à première vue.

C'est le diagnostic de la dacryoadénite syphilitique apparaissant comme seule manifestation active d'une spécificité acquise ou héréditaire, que nous allons seulement envisager ici.

En nous appuyant sur les signes que nous avons énumérés dans le chapitre précédent, nous aurons posé un diagnostic ferme d'inflammation chronique de la glande lacrymale et éliminé par conséquent les affections suivantes :

Le kyste dermoïde de la queue du sourcil, le kyste sébacé, ne prêteraient guère à confusion. On peut voir au niveau de la paupière supérieure une gomme syphilitiques. C'est, il est vrai, une localisation assez rare (le

nombre des cas observés jusqu'à ce jour n'atteignant pas la centaine). Par son siège, par sa localisation dans la paupière et non sous la paupière, on pourra facilement différencier la gomme de la paupière supérieure.

Une ostéo-périostite du rebord orbitaire sera vite élucidée par ses caractères qui lui sont propres : adhérence à l'os, immobilité, douleur en un point du squelette.

Un kyste de la glande orbitaire se reconnaîtra à ce qu'il donnera la sensation d'une tumeur nettement limitée, arrondie, fluctuante.

Les kystes de la glande palpébrale connus sous le nom de dacryops sont des kystes des voies d'excrétion qui forment une petite saillie au niveau de l'angle externe de la paupière supérieure et du cul-de-sac conjonctival externe. Lorsqu'on renverse la paupière supérieure, le kyste se reconnaît facilement car il est immédiatement sous-jacent à la conjonctive et apparaît comme une vésicule transparente blanc bleuâtre rappelant un grain de raisin blanc.

Dans la leucémie, on rencontre parfois des localisations lymphomateuses symétriques dans les glandes lacrymales. Mikuliez a décrit un type clinique spécial caractérisé par une tuméfaction des glandes salivaires et lacrymales frappant les deux systèmes glandulaires simultanément ou se limitant à l'un d'eux, mais atteignant toujours les deux organes symétriques sans hyperplasie des ganglions régionaux ni périphériques, sans modification de la rate et du sang, sans leucocytose. On pourra penser à ce syndrome en présence d'une dacryo-adénite bilatérale. D'ailleurs le syndrome de

Mikulicz paraît être souvent d'origine syphilitique (1).

La dacryoadénite d'origine blennorragique apparaît dans le cours ou au déclin de l'infection uréthrale et le diagnostic en est alors facile (obs. de Terson, Ferry et Morax).

Les tumeurs malignes de la glande lacrymale se différencieront par leur dureté ligneuse, leur développement rapide, hors de la loge de la glande, leur propagation aux tissus voisins.

Dans la très grande majorité des cas le diagnostic restera à faire entre la dacryoadénite d'origine syphilitique et l'inflammation tuberculeuse de la glande, une fois envisagés et éliminés les diagnostics précédents.

Souvent on n'aura pas trop de l'observation clinique, des épreuves de laboratoire et en dernier lieu de l'épreuve du traitement, pour arriver à une discrimination entre ces deux infections.

Cliniquement la tuberculose de la glande est une affection presque aussi rare que la syphilis des glandes lacrymales.

Le tableau est à peu près le même : même insidiosité de début, mêmes signes physiques, même indolence. La localisation peut être de même uni ou bilatérale. Elle peut survenir comme seule et unique manifestation chez des malades paraissant indemnes de bacillose.

La dacryoadénite tuberculeuse peut évoluer de même vers la résorption (van Duyse) la sclérose ou la caséification.

1. Moscovici (Moïse). *Syndrome de Mikulicz de nature syphilitique*. Thèse de Paris, 1918.

On voit donc que la clinique sera le plus souvent impuissante à trancher le diagnostic.

Force sera donc de recourir aux épreuves de laboratoire.

Les réactions de Hecht, de Wassermann, la flocculation de Vernes, lorsqu'elles seront franchement positives pourront permettre d'affirmer que le tréponème est en cause (Cowper, Guilini) mais leur négativité ne permettra pas d'éliminer cette étiologie (Anagarsa).

Lorsque l'évolution se fera vers la suppuration, l'inoculation de quelques gouttes de pus retirés par ponction, au cobaye sera pratiquée et pourra donner dans le cas de bacillose une réponse positive.

Dans bien des cas, ce sera le traitement d'épreuve antispécifique qui, en faisant disparaître les accidents, que l'on aurait pensé à rapporter à une tuberculose possible donnera la clef du diagnostic (Aubineau, M. de Lapersonne).

L'observation que nous devons à l'obligeance des Dr^s Hudelo, d'Allaines et Rabut, illustre d'une façon lumineuse les difficultés encore plus grandes auxquelles on peut se heurter lorsque la dacryoadénite tertiaire survient comme unique manifestation d'une syphilis héréditaire tardive, jusque-là absolument latente.

Chez ce petit malade, âgé de 13 ans que relevait-on comme signes pouvant plaider en faveur de la spécificité? Rien, absolument rien ne pouvait y faire penser, ni dans ses antécédents personnels. ni dans son examen somatique complet. Il était impossible de relever un seul stigmatisme net d'hérédos-spécificité, chez ce petit malade.

On notait seulement un certain degré d'infantilisme.

La séro-réaction par la méthode de Wassermann se montrait négative, le Hecht se montrait légèrement positif.

À l'occasion de la présentation du malade à la Société de Dermatologie, on a découvert simplement chez lui un petit signe de malformation dentaire que certains auteurs veulent voir comme stigmate d'herédo-spécificité : l'exhaussement des incisives inférieures.

Il faut avouer qu'il était dans de pareilles conditions difficile d'asseoir une présomption de spécificité sur ce manque de stigmates.

Cette observation porte à trois le nombre des cas où l'on est intervenu croyant se trouver en présence d'une dacryo-adénite tuberculeuse et où l'examen histologique a permis de faire le diagnostic étiologique réel.

Il est donc rationnel de conclure à la nécessité d'avoir recours, dans tous les cas où l'origine d'une inflammation chronique de la glande lacrymale sera inconnue et indéterminable cliniquement, à l'épreuve thérapeutique, et d'essayer le traitement de la syphilis.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les examens pratiqués jusqu'à ce jour ne sont pas nombreux. Nous ne relevons que cinq auteurs ayant contribué à fixer les lésions histologiques de la syphilis de la glande lacrymale (Anargyros, Wood, Albini, Anagarsa, Dr d'Allaines).

C'est grâce aux erreurs de diagnostic commises dans quatre cas que l'on a pu apporter la preuve anatomique, après la preuve clinique, de la localisation certaine, quoique très rare, de la syphilis au niveau de la glande lacrymale, dans ses trois périodes.

Dans ce court chapitre nous envisagerons successivement les lésions des différentes parties constitutives de la glande lacrymale :

- 1° Les acini glandulaires ;
- 2° Le tissu conjonctif inter-acineux.

I. — ACINI GLANDULAIRES

Les lésions sont variables et n'offrent pas grand intérêt.

Dans l'hérédo-syphilis, Wood, qui a examiné dix glandes lacrymales, a trouvé les épithéliums glandu-

laïres détruits en partie et en état de dégénérescence graisseuse.

Dans les cas de syphilis *acquises* (Albini, Anagarsa), les lobules étaient de même en partie détruits au centre de la glande et dans les parties ayant évolué vers la dégénérescence gommeuse.

II. — TISSU CONJONCTIF INTER-ACINEUX.

C'est là où l'on trouve les lésions caractéristiques et intéressantes.

En effet, dans cette portion du tissu cheminent les vaisseaux, qui présentent les altérations caractéristiques de la syphilis.

On note un épaissement de la tunique interne, qui est annulaire et concentrique à la lumière du vaisseau. En certains endroits, la sténose est assez marquée pour ne plus laisser persister qu'un étroit pertuis arrondi ou anguleux, tapissé par un endothélium très tuméfié.

La couche sous-endothéliale, quatre ou cinq fois plus épaisse qu'à l'état normal, comprend souvent deux zones distinctes :

a) Sa portion interne dont les éléments sont disposés concentriquement à la lumière du vaisseau est composée de tractus connectifs grossièrement parallèles, bien colorables et riches en éléments cellulaires, parmi lesquels prédominent des cellules fixes aptatives ;

b) Sa portion externe moins dense et moins régulièrement ordonnée est formée d'un tissu interstitiel mal colorable souvent hyalin ou mucoïde ; dans cette zone

se distribuent, en tous sens des, cellules conjonctives étoilées pourvues d'un noyau volumineux et d'un protoplasma fibrillaire.

Les lésions de la tunique interne sont plus marquées dans les artères que dans les veines.

Ces lésions se retrouvent aussi bien sur les moyennes comme sur les petites artères. Aucun vaisseau n'est intact.

Le tissu conjonctif péri-vasculaire présente une hyperplasie et une infiltration de cellules jeunes. On y trouve représentés tous les éléments de la série leucocytaire (mononucléaires, lymphocytes, quelques polynucléaires).

Cette infiltration est diffuse se disposant en trainées périvasculaires ou en nodules. Et, surtout, on trouve parmi ces cellules, un élément un peu particulier par sa grandeur, son noyau et sa colorabilité spéciale : le plasmazellen.

En résumé, endartérite proliférante et sténosante, prolifération conjonctive avec plasmazellen, voilà les deux lésions typiques et classiques trouvées sur toutes les coupes pratiquées par les auteurs ayant eu l'occasion d'observer histologiquement les cas de syphilis de la glande lacrymale.

Nous savons, d'autre part, que l'évolution des infiltrats cellulaires peut se faire, dans la syphilis, en 3 sens différents : 1° vers la résolution et la résorption totale ou avec persistance de reliquats insignifiants ; 2° vers la sclérose ; 3° vers la transformation gommeuse.

La première de ces éventualités est réalisée par l'acci-

dent primitif et les accidents secondaires de la syphilis.

Aux lésions tertiaires appartiennent les processus scléreux et gommeux, lesquels, d'ailleurs, sont fréquemment associés et combinés.

Albini trouve une sclérose centrale de la glande, ayant étouffé les cellules glandulaires et les canaux excréteurs.

Dans le cas d'Anagarsa et le dernier, que nous devons aux Drs Hudelo d'Allaines et Rabut, c'est le processus gommeux qui l'a emporté.

On trouve la majeure partie de la glande transformée en gomme abcédée. Sur les coupes des fragments excisés, il n'y a qu'à la périphérie des endroits qui ont subi la nécrobiose en leur centre, que l'on peut reconnaître le tissu de la glande, atteint des lésions que nous avons décrites ci-dessus : infiltration conjonctive, vascularite, et péri-vascularite spécifiques.

OBSERVATIONS

Nous avons classé les observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale sous trois rubriques différentes :

I. Observations de dacryo-adénites syphilitiques, survenues à la période *secondaire* d'une spécificité acquise ;

II. Observations de dacryo-adénites survenues comme seule manifestation d'une syphilis latente (type *tertiaire* ;

III. Observations de syphilis *gommeuse* des glandes lacrymales.

I

CHALONS (*Med Zeitung des Vereins für Heilkunde in Preussen 1859*).

Il s'agit d'un homme ayant eu un chancre de la verge suivi d'accidents secondaires. Au bout d'un an apparut de l'iritis d'un œil et une tuméfaction indolente unilatérale d'abord, bientôt bilatérale des glandes lacrymales. Après un traitement mercuriel et ioduré prolongé, les accidents finirent par céder et la dacryoadénite disparut au bout de quelques mois en laissant seulement une induration légère de la glande.

STREATFIELD (*The British Medical Journal, 1882*).

Le malade âgé de 25 ans, avait eu un chancre suivi d'éruption secondaire, quelques mois auparavant. Il venait consulter pour un gonflement de la région palpébrale supérieure

gauche, amenant un rétrécissement de la fente palpébrale sans exophtalmie et sans ptosis.

Peu de douleurs spontanées. A la palpation on pouvait se rendre compte que seule la glande lacrymale était augmentée de volume et légèrement indurée et que les tissus voisins étaient seulement légèrement infiltrés.

La conjonctive palpébrale du même côté était injectée et rouge. Le squelette de l'orbite était intact.

Le malade présentait encore une éruption cutanée et muqueuse de syphilides secondaires. Au bout de quatre mois de traitement mercuriel, la dacryoadénite disparut ainsi que toutes les autres manifestations cutanéomuqueuses de la syphilis.

ALEXANDER (*Syphilis und Ange*).

Une dame de 26 ans, présentant depuis plusieurs années diverses altérations vénériennes, était atteinte de choroidite chronique spécifique, en même temps que d'une tumeur située à l'angle supéro-externe de l'orbite. Cette tumeur se prolongeait en arrière dans cette cavité et s'avancait de 1 cm.5 sous la paupière supérieure en soulevant la conjonctive au niveau du cul-de-sac. Le traitement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, bien qu'interrompu par son départ précipité des eaux d'Aix-la-Chapelle où elle avait été traitée, lui avait beaucoup profité.

DE LAPERSONNE (*Archives Ophtalmologiques de Paris*, 1902).

OBSERVATION I. — Il s'agit ici d'un homme de 42 ans, entré le 3 mai 1902, à la salle Saint-Julien. Il y a sept semaines, ses paupières sont devenues subitement volumineuses ; il avait d'assez violentes douleurs ; au bout de quinze jours le gonflement a commencé à diminuer. Cinq semaines environ après le début des lésions palpébrales, sont apparus les symptômes d'un iritis double ; enfin il y a quelques jours une double orchite est venue s'ajouter au tableau clinique. Lorsque nous l'examinons, la tuméfaction de la paupière supérieure bien qu'atténuée est encore très visible, surtout à la partie externe, diminuant la fente palpébrale. Par la palpation on sent, à travers la peau et le long de la partie supéro-externe de l'orbite une tumeur dure, se terminant en avant par un bord mince, s'enfonçant dans l'orbite, bien limitée en dedans et en

dehors, du volume d'une noisette et occupant exactement la loge de la glande lacrymale orbitaire. Ces signes sont à peu près pareils des deux côtés. La pression est peu douloureuse. Pas d'adénite; ni de rougeur de la peau. Pas de fluctuation.

Iritis bilatérale. Acuité visuelle très réduite. Orchi-épididymite bilatérale.

Antécédents. — Blennorrhagie à 20 ans, accompagnée d'orchite. Ethylisme chronique. Le malade ne se rappelle pas avoir eu la syphilis.

Après un mois et demi de traitement spécifique un centimètre cube d'huile biiodurée tous les deux jours, alternant avec des frictions mercurielles et deux grammes de KI par jour) l'iritis est peu améliorée, en revanche l'adénite lacrymale a notablement diminuée des deux côtés. Les testicules sont un peu réduits de volume. A ce moment apparition d'une adénite du sein gauche douloureuse et des glandes parotides, indolore. Continuation du traitement.

Le 5 octobre 1902 le malade est revu une dernière fois. L'iritis est en régression des deux côtés. Les glandes lacrymales sont toujours accessibles au doigt, mais elles ont considérablement diminué de volume. Elles sont rentrées dans l'orbite. A la palpation, on les limite nettement grâce à leur dureté.

OBSERVATION II. — Un ouvrier reçoit dans l'œil un corps étranger. Un de ses camarades lui enlève ce corps étranger implanté dans la paupière supérieure au moyen d'une feuille de papier à cigarettes roulée entre les doigts et mouillée d'un peu de salive. Deux mois plus tard apparition d'un chancre de la moitié interne de la face postérieure de la paupière supérieure, accompagnée d'adénopathie volumineuse sous-maxillaire et parotidienne et suivie de l'apparition d'une roséole. Peu de temps après apparition d'une tuméfaction indolente de la glande lacrymale qui a persisté près de cinq mois, est restée unilatérale et a retrocédé au bout de ce temps à la suite du traitement mercuriel et ioduré.

II

SICHEL (*in* Thèse de Variot, 1875)

Femme âgée de 37 ans, venue consulter pour tuméfaction de sa paupière supérieure gauche apparue deux jours auparavant, à la suite d'une promenade en voiture découverte. Sa

paupière supérieure gauche est rouge légèrement tendue, le pli de séparation de la paupière et du sourcil s'est effacé dans ses trois quarts externes, et la tuméfaction s'étend à la moitié externe du sourcil et gagne un peu la tempe. Toute la partie qui est le siège de la tuméfaction est d'une teinte rouge-brunâtre qui tranche fortement sur le reste de la peau du visage. Au toucher, toute la région donne la sensation d'un empâtement assez prononcé non œdémateux, car l'impression du doigt n'y persiste pas. Vers l'angle supéro-externe de l'orbite on sent nettement la présence d'une tumeur à peu près du volume d'une grosse aveline, que l'on peut nettement circonscrire et qui occupe exactement le siège de la glande lacrymale. Si on essaie d'introduire le doigt entre le globe oculaire et le rebord orbitaire, cette manœuvre est possible dans les deux tiers internes de la paupière supérieure mais se trouve impossible dans le tiers externe. Si on soulève les deux paupières supérieures, on voit que le globe oculaire du côté gauche est légèrement rejeté en bas et en dedans.

Si, exagérant l'élévation de la paupière, on inspecte le globe oculaire on voit que la partie supéro-externe de la conjonctive est le siège d'une rougeur et d'une injection assez vive qui va croissant vers le cul-de-sac supérieur. En exerçant une légère pression sur la paupière en même temps qu'on la relève on voit aussitôt une petite tumeur du volume d'une noisette faire saillie dans le cul-de-sac et venir se placer à la partie externe de la fente palpébrale au niveau de l'angle externe.

Toutes ces manœuvres sont parfaitement indolentes, et il n'y a du reste aucune douleur, soit provoquée, soit spontanée. Il est facile de reconnaître que la tumeur, qui, lors du refoulement de la paupière surélevée, vient faire saillie, n'est que la portion palpébrale ou accessoire de la glande lacrymale.

Questionnée pour savoir si réellement le gonflement dont il s'agit ne remonte qu'à deux jours, la malade nous dit que depuis environ trois semaines déjà, elle remarquait bien un léger gonflement qui n'avait pas fait de sensible progrès, mais que depuis deux jours, à la suite d'une promenade en voiture découverte, il avait acquis les proportions sus-indiquées. Il était évident dès lors qu'il s'agissait d'une inflammation chronique de la glande lacrymale qui avait subi, sous l'influence du froid, une poussée subaiguë. On eut de la peine à lui tirer l'aveu d'une syphilis acquise quelques années auparavant. On lui prescrivit 2 grammes d'iodure de potassium par jour,

per os, et localement une pommade iodo-iodurée. Au bout de dix jours, le gonflement ayant diminué, on porta la dose à 3 grammes d'iodure. Dix jours après, la rougeur et la tuméfaction ont complètement disparu. La tumeur que l'on sentait à la partie supéro-externe du sourcil, se laisse circonscrire nettement et présente à peine le volume d'une petite noisette. On porte alors l'iodure à 4 grammes par jour. Au bout de douze jours la malade vient faire constater sa guérison complète.

AUBINEAU (*Revue d'Ophtalmologie*, 1902).

Il s'agit d'un ouvrier du port de Brest, âgé de 33 ans, qui présentait depuis trois mois un gonflement de la région oculo-orbitaire externe droite. Pas de fièvre mais crises de larmoiement et céphalalgies violentes. L'œil n'était ni dévié, ni exophtalmié. Le diagnostic de dacryoadémite était évident par la palpation sous le rebord orbitaire de la glande hypertrophiée. La rapidité d'action du traitement iodo-mercuriel prouve que l'on était en présence d'une manifestation syphilitique.

GUILINI (*American Encyclopedia of Ophtalmology*, 1914).

OBSERVATION I. — Le malade présentait une énorme augmentation de volume de la glande lacrymale avec œdème de la paupière supérieure et injection de la conjonctive à la partie externe. Le malade avait eu un chancre plusieurs années auparavant. Le Wassermann se montrait positif dans son sang.

OBSERVATION II. — Il s'agit d'un malade ayant une tuméfaction de la paupière supérieure, qui ne s'accompagnait d'aucune douleur ni spontanée, ni provoquée. La palpation permettait de délimiter la glande lacrymale hypertrophiée et indurée. Le malade ignorait sa syphilis. Le Wassermann se montrant positif, on institua un traitement spécifique, qui fit rapidement disparaître cette dacryoadénite.

COWPER (*American Journal Ophthalm. Chicago, 1922*).

Italien âgé de 50 ans, atteint de dacryo-adénite bilatérale. Pas de douleur ni spontanée, ni provoquée. Pas de troubles fonctionnels de l'œil ou de la conjonctive. Wassermann positif. Disparition par le traitement.

III

ALBINI (*Rassegna di Sc. Med. Modena, 1887*).

Dacrio-adénite unilatérale de nature inconnue à évolution chronique. L'origine tuberculeuse étant soupçonnée, on pratique l'extirpation de la glande. L'examen de la pièce montra qu'on se trouvait en présence d'une inflammation scléro-gommeuse de la glande manifestement syphilitique, étant donné la prédominance des lésions d'endartérite et de périartérite.

ANAGARSA (*American Encyclopedia of Ophthalm., 1924*).

Il s'agissait d'un malade présentant une dacryo-adénite ayant évolué vers le ramollissement. On avait porté le diagnostic d'inflammation peut-être d'origine tuberculeuse, vu la lenteur du début, l'évolution torpide et froide, sans douleur. Devant la menace de suppuration, on extirpa la glande.

L'examen macroscopique montra une dégénérescence gommeuse de la glande, et à l'examen microscopique on nota l'absence de follicules tuberculeux, de cellules géantes et de bacilles ; par contre les zones, de tissu ayant subi la dégénérescence étaient entourées d'un tissu conjonctif infiltré de cellules jeunes, et les vaisseaux présentaient des lésions d'endartérite et de périartérite très marquées.

On se trouvait donc en présence d'une syphilis gommeuse de la glande lacrymale.

HUDELO, D'ALLAINE ET RABUT.

G... Joseph, âgé de 13 ans, entre le 16 août 1926 à l'Hôpital Saint-Louis dans le service de chirurgie du Pr. Lecène, pour une tuméfaction bilatérale et symétrique de la région palpébrale supérieure.

Les deux tuméfactions ont fait leur apparition, 15 jours avant l'entrée à l'Hôpital. Le côté gauche a été atteint deux jours auparavant et son volume a toujours été plus considérable. Les deux tuméfactions sont apparues et ont augmenté de volume insidieusement, sans douleur, sans gêne fonctionnelle notable, sans aucun trouble oculaire ou conjonctival. Depuis deux ou trois jours le volume reste stationnaire avec une légère augmentation vespérale.

A l'entrée du malade, on constate les lésions suivantes :

Au niveau de la *partie externe de la région palpébrale supérieure* il existe de chaque côté une saillie ovoïde du volume d'une prune. Cette saillie siège au-dessous du bord orbitaire, exactement à l'emplacement de la fosse lacrymale ; elle repousse, un peu en haut, la queue du sourcil et, nettement en bas, la partie externe de la paupière supérieure que le malade n'arrive pas à remonter entièrement.

La tumeur peut être légèrement mobilisée dans le sens transversal. Il existe un sillon net, qui permet d'enfermer l'extrémité du doigt entre elle et l'os frontal. A la palpation elle est aucunement douloureuse. La consistance est celle d'un marron cru légèrement dépressif en son centre.

La peau *n'est pas modifiée: elle est bien mobile sur la tumeur*. Cependant du côté gauche, qui est le plus volumineux, la peau est un peu rosée et adhérente au centre de la tumeur. L'examen oculaire, en particulier du cul-de-sac conjonctival ne révèle aucune modification.

Par ailleurs, les glandes salivaires sont normales.

Il existe quelques petits ganglions durs disséminés dans le cou et les aînes. L'examen somatique général ne révèle rien d'anormal. Il n'y a rien à remarquer dans les antécédents.

On porte le diagnostic de dacryoadénite bilatérale de nature inconnue.

Les jours suivants, l'état local se modifie rapidement. Les deux tumeurs se ramollissent et évoluent sans douleur vers la suppuration et la fistulisation. Le 21 août 1926, le côté gauche révèle une fluctuation franche : la peau rouge adhérente violacée en son centre menace de s'ouvrir. Mais cependant la tumeur reste *toujours localisée dans la région lacrymale sans aucunement tendre à empiéter sur l'os frontal qui reste indolent et normal* et dont un examen radiologique confirme d'ailleurs l'intégrité.

Une ponction pratiquée ce même jour ramène 2 centimètres cubes de liquide puriforme, blanc louché.

L'examen bactériologique est négatif.

Un cobaye est inoculé qui se montrera ultérieurement indemne de tuberculose.

Séro-réaction négative par la méthode de Wassermann, légèrement positive par celle de Hecht.

Les jours suivants la fluctuation augmente et devant la menace de fistulisation des deux côtés on intervient le 28 août 1926 sous anesthésie générale.

Une incision de chaque côté permet d'évacuer un liquide puriforme et de cureter une véritable loge, faite de parois fongueuses blanchâtres et contenant des grumeaux analogues à du marron cru. En somme ils'agit d'un tissu de gomme abcédée, occupant *exactement la situation de la portion palpébrale de la glande lacrymale, derrière le muscle orbitaire, et sans aucun point de contact avec l'os frontal.*

Un examen histologique des fragments excisés est fait par le Dr Moulouquet, d'où le Dr Lecène conclut à la vraisemblance de syphilis.

Depuis ce moment, les plaies opératoires n'ont eu aucune tendance à la guérison. Au contraire il s'est créé, en particulier du côté droit, un décollement ascendant sous-cutané fistulisé devant l'os frontal. L'administration de sirop de Gibert a permis un assèchement partiel des fistules, mais qui ne s'est pas maintenu.

Le malade est alors adressé le 17 novembre dans le service Hudelo, et examiné minutieusement au point de vue d'une syphilis héréditaire. Rien à noter du côté des parents (un enfant mort à 13 ans). Chez le malade, en dehors d'un certain degré d'infantilisme, il est impossible de relever aucun stigmate net quelconque.

Un nouvel examen sérologique, pratiqué à la polyclinique Hudelo montre un Wassermann et un Hecht entièrement positifs (réactivation probable par la cure de sirop de Gibert). Un traitement plus intensif est décidé, et le malade est soumis à des injections intramusculaires bihebdomadaires de bismuth (Quinby) ; à la troisième injection, les lésions sont entièrement cicatrisées.

TRAITEMENT

Si nous nous rapportons aux cas de Sichel d'Aubineau, de Lapersonne, nous voyons qu'avec un traitement ioduré seul, ou avec le traitement mixte, iodo-mercuriel, la dacryoadénite a parfaitement guéri ; il est vrai d'ajouter, dans un laps de temps, quelquefois assez grand.

Nous avons pu nous rendre compte de la rapidité d'action du traitement qui avait été institué chez le petit malade de M. Hudelo. Dès la troisième injection de Quinbry, c'est-à-dire au bout d'une dizaine de jours les lésions étaient complètement cicatrisées.

Nous n'insisterons pas sur le traitement de la dacryoadénite syphilitique.

En présence de cette affection, le seul traitement de mise de nos jours se résume dans le traitement antispécifique habituel, sur lequel nous n'avons pas besoin de nous étendre ici.

CONCLUSIONS

I. L'atteinte unilatérale ou bilatérale des glandes lacrymales par la syphilis est une rareté.

II. La syphilis primaire de la glande lacrymale est chose possible.

III. La dacryoadénite peut coexister à la période secondaire avec d'autres signes cliniques de la septicémie secondaire — ou survenir comme seule et unique manifestation d'une spécificité secondaire ou tertiaire, acquise ou héréditaire.

IV. Dans ce dernier cas, son diagnostic peut être très difficile et se pose surtout avec la tuberculose atténuée de la glande lacrymale.

V. En cas de doute sur l'étiologie d'une dacryoadénite chronique on devra toujours essayer un traitement d'épreuve antisyphilitique intensif, ce qui évitera souvent des interventions inutiles sur la glande lacrymale.

Vu : le Président de la thèse,
JEANSELME.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Recteur de l'Académie de Paris,
L'Inspecteur d'Académie :
MAURELLET.

BIBLIOGRAPHIE

- Forster.* — Beziehungen der Allgemeinleiden zu Krankheiten des Sehorganes (Traité de Graefe Saemisch. Bd. VII).
- Châlons.* — Adénite lacrymale syphilitique bilatérale (Méd. Zeitung des Vereins für Heilkunde in Preussen, n° 42, 19 octobre 1859).
- Variot.* — Contribution à l'étude des dacryoadénites aiguës. Thèse de Paris, 1875.
- Streatfield (J. F.).* — Inflammation syphilitique de la glande lacrymale (The British Medical Journal, 1882, p. 633).
- Adler (Hans).* — Dritter Bericht über die Behandlung der Augenkrauken in Krankenhaus Wieden, 1884.
- Albini (E.).* — Dacryoadénite syphilitique clinique et histologique (Rassegna di Soc. Méd. Modena, 1887, p. 353-360).
- Alexander.* — Syphilis und Auge. Wiesbaden, 1888.
- Panas.* — Traité des Maladies des yeux, t. II, p. 325, édition de 1894.
- Archives ophtalmologiques. Paris, 1902.
- Lapersonne (F. de).* — Dacryoadénites syphilitiques (Archives ophtalmologiques de Paris, 1902).
- Anargyros.* — Syphilis primaire de la glande lacrymale (Deutschmann's Beiträge f. Augenheilkunde, 1901, p. 960).
- Aubineau.* — Dacryoadénite à forme subaiguë de nature syphilitique (Revue d'Ophtalmologie. Paris, 1902, XXIV, p. 232).
- Terrien.* — Syphilis de l'œil et de ses annexes. Paris, 1905.
- in Précis de syphiligraphie de Gaucher, p. 629.
- Wood (W. L.).* — The pathology of the lacrymal gland in hereditary syphilis (Medical sentinel. Portland Oreg., 1905, v. XIII, p. 157).

Wood (W.-L.). — Encyclopédie française d'ophtalmologie, tome IV, 1905, tome VIII, 1909. Article : Dacryoadénites chroniques.

Anagarsa, Guilini. — (American Encyclopedia of Ophtalmology, tome XVI, 1914).

Cowper. — Symmetric enlargement of the lacrymal glands due to syphilis (American Journal ophtalm. Chicago, 3. s. v. 125, 1922).

Hudelo d'Allaines et Rabut. — Dacryoadenite syphilitique bilatérale (Bull. de la S. F. de Dermatologie et de syphiligraphie, n° 9, décembre 1926).

7536. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve & Cie, 15, rue Racine, Paris — 3-1927
